

بسمه تعالی

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

" فرم گزارش فوری همه گیری بیماریهای منتقله از غذا "

توضیحات	خلاصه اقدامات انجام شده	علائم و نشانه ها	جمعیت در معرض خطر (نفر)	تعداد نمونه برداری های انجام شده از مواد غذایی	تعداد			نام بیماری	تاریخ		محل وقوع *	روستا	شهر	شهرستان
					موارد فوت	بستری شدگان	مبتلایان		گزارش دهی تلفنی	شروع طغیان				

تاریخ تکمیل

نام و نام خانوادگی تایید کننده فرم

نام و نام خانوادگی تنظیم کننده

امضاء

امضاء

* منظور محلی است که در آن همه گیری اتفاق افتاده است مثلا مراسم عزاداری یا مراسم عروسی و ... (در منزل و یا واحد دولتی و یا صنفی و ...)

بسمه تعالی

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

" فرم گزارش نهایی طغیان بیماریهای منتقله از غذا "

مشخصات منطقه بروز طغیان:

شهرستان:	شهر:	روستا:	محل وقوع:	جمعیت:	تعداد خانوار:
----------	------	--------	-----------	--------	---------------

مشخصات بیماری:

نام بیماری:	تعداد مبتلایان:	تعداد بستری شدگان:	تعداد موارد منجر به فوت:
عامل طغیان:			

نتایج بررسی های محیطی:

منبع آلودگی:
دلایل انتقال آلودگی:
ارزیابی احتمال آلودگی غذا در فرآیند تهیه و توزیع:

نتایج بررسی های اپیدمیولوژیک در خصوص عامل انتقال بیماری:

--

نتایج بررسی های آزمایشگاهی:

تعداد کل موارد نمونه برداری مواد غذایی انجام شده:	میزان مواد غذایی معدوم شده (کیلوگرم):
نتایج نمونه های مواد غذایی:	

مداخلات اصلاحی انجام شده:

--

توضیحات:

--

نام و نام خانوادگی تنظیم کننده امضاء	نام و نام خانوادگی تایید کننده امضاء	تاریخ تکمیل
---	---	-------------